



## HOSPITAL CUENCA ALTA NESTOR KIRCHNER SAMIC

Ruta Provincial Nº 6, cruce con la Ruta 205, Cañuelas,  
Provincia de Buenos Aires;  
C.U.I.T.: 30-71508015-6 IVA: Exento  
[compras@hospitalcuencaalta.org.ar](mailto:compras@hospitalcuencaalta.org.ar)

## PEDIDO DE COTIZACIÓN LICITACION PUBLICA

Número **084** Año **2025**

Ejercicio 2025

Ref./ Adquisición de Equipamiento para este Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C

Pedido de Provisión: 154-2025 Fecha 07/10/2025

**FECHA DE APERTURA: MIERCOLES 12 DE NOVIEMBRE DE 2025 A LAS 10:00**

**HORAS** EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

**VALOR DEL PLIEGO \$ 75.000,00**

**SEÑOR PROVEEDOR:** Solicitamos a Usted cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC, el carácter de Exento.

### AREA DE INGENIERIA CLINICA HCANK

RG	REFERENCIA	CANTIDAD	MARCA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	<b>MOTOR QUIRÚRGICO MULTIFUNCIÓN</b> Referencia: Según especificaciones técnicas.	2			
<b>TOTAL EN LETRAS:</b> _____					

**ACEPTACIÓN DE CONDICIONES:** La presentación de ofertas implica el conocimiento y aceptación del Pliego de Bases y Condiciones Generales con el sometimiento a todas sus disposiciones, así como también a las Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en [www.hospitalcuencaalta.org.ar](http://www.hospitalcuencaalta.org.ar)

Además, la presentación de Oferta implicara la **DECLARACIÓN POR PARTE DEL OFERENTE QUE EL MISMO NO HA SIDO DEMANDADO POR LA NACIÓN Y/O LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES O SUS ENTIDADES DESCENTRALIZADAS POR CAUSAS FISCALES O CONTRACTUALES**, y de **QUE LA FIRMA NO UTILIZA NI UTILIZARÁ MANO DE OBRA INFANTIL** EN ninguno de los segmentos de sus procesos de conformidad con las normas legales vigentes.

**CONDICIONES DE CONTRATACIÓN:** Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Pública 084/2025.

**OBTENCION DEL PLIEGO DE CONDICIONES PARTICULARES.-.**

Los Interesados deberán obtener el Pliego de Bases y Condiciones en la Oficina de Compras y Contrataciones del Hospital, con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas, previa acreditación del depósito de la suma establecida de **Pesos Setenta y Cinco Mil (\$75.000,00)** en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N° 1800022504 Sucursal 1290, Avda. Libertad 698 de la Localidad de Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires. La Obtención del Pliego podrá resultar previa acreditación del valor establecido de manera presencial en la referida Oficina de Compras y Contrataciones en la sede del HCANK.

**PLAZO MANTENIMIENTO OFERTA.** Los oferentes deberán mantener las ofertas por el plazo de 30 días hábiles contados a partir de la fecha del acto de apertura.

**PLAZO DE ENTREGA.** La entrega de los renglones deberá efectuarse A REQUERIMIENTO Y DENTRO DEL PLAZO DE 30 DÍAS CORRIDOS desde el momento de recepción de la orden de compra o bien conforme propuesta.

**LUGAR DE PRESTACIÓN/ENTREGA. LA ENTREGA PROCEDERA INDEFECTIBLE ANTE LA COMISION DE RECEPCION DEL HCANK** [comisionderecepcion@hospitalcuencaalta.org.ar](mailto:comisionderecepcion@hospitalcuencaalta.org.ar) en la sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas. No se permitirán entregas fuera de los referidos días y horarios establecidos a tal fin, salvo pedido expreso del proveedor y consecuente autorización por parte de las autoridades del HCAS. Hágase constar que es requisito para la recepción de los insumos **LA PRESENTACION DEL REMITO ORIGINAL** al momento de la entrega de los mismos.

**CONDICION DE PAGO:** El pago se efectuará con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura. **Se podrán considerar propuestas con formas de pago alternativas, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.**

**FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA. EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCEPCIONALES**

**NOTA: EL presente Pedido de Provisión deberá resultar suscrito por parte del representante societario con facultades suficientes a tal fin en carácter de declaración jurada.**

<b>FIRMA</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	
<b>CARGO</b>	
<b>Nº D.N.I.</b>	
<b>LUGAR Y FECHA</b>	